THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 décembre 1909, à 1 heure

Par **E. DURU**

Né le 27 novembre 1883 à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ALLAITEMENT MATERNEL

Président : M. BAR, *professeur.*

Juges : MM. HUTINEL et THOINOT, *professeurs*
NOBÉCOURT, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

69

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je vous offre ce modeste travail, faible gage de ma reconnaissance pour tout votre dévouement.

AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Avant d'écrire les premières lignes de cette modeste étude, il nous est un devoir bien agréable à remplir, celui de remercier nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance au Dr Bourcy, médecin de l'hôpital Laënnec, dans le service duquel nous avons passé notre première année d'externat : nous garderons toujours le souvenir de sa bienveillance et de son excellent enseignement.

Nous adressons au Dr Netter, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau, nos plus sincères remerciements : c'est sous ses bienveillants auspices et sa direction éclairée, que nous avons acquis quelque pratique de médecine infantile.

C'est le Dr Boissard, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, qui a inspiré cette étude : c'est à lui également que nous devons nos quelques connaissances en obstétrique. Nous le remercions bien sincèrement de l'intérêt qu'il nous a toujours porté et nous lui exprimons

toute notre reconnaissance pour son aimable accueil et ses bienveillants conseils.

M. le professeur Bar a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse : nous le prions d'accepter l'hommage de notre gratitude.

INTRODUCTION

Il était courant, il y a quelques années, d'entendre dans le corps médical nombre de médecins proclamer que le pouvoir d'allaiter avait diminué chez les femmes modernes. « *La mamelle se meurt, la mamelle est morte* », disait Pajot. « *Il y a plus de mères que de bonnes nourrices* », a écrit M. Rouvier. Plus récemment, Bunge s'est déclaré convaincu de l'impuissance croissante des femmes à allaiter leurs enfants : ce dernier auteur considère cette incapacité comme un symptôme de dégénérescence, et il accuse l'alcoolisme des ascendants d'en être la principale cause. Une pléiade de médecins et principalement d'accoucheurs et de médecins s'occupant spécialement de pédiatrie réagirent avec vigueur contre ces opinions. En France, c'est M. le professeur Pinard qui, entouré d'élèves dévoués, a entrepris le relèvement de l'allaitement maternel ; Budin et ses élèves mirent également tout leur dévouement au service de cette cause. De cette croisade il est ré-

sulté qu'actuellement la très grande majorité du corps médical est favorable à l'allaitement maternel.

Un premier travail très intéressant a été fait par Mme Dluski dans le service de M. le professeur Pinard : de nombreux auteurs se sont occupés depuis de la question, tous ont prouvé que nous sommes loin en France de l'aphorisme de Pajot, que la mamelle n'est pas morte, qu'elle ne se meurt pas.

Nous avons voulu, sur les conseils de notre maître M. le Dr Boissard, apporter notre modeste contribution à cette cause si intéressante. Les observations que nous avons recueillies, concernant les femmes accouchées à l'hôpital, démontrent une fois de plus que les femmes de nos jours sont d'excellentes nourrices.

CHAPITRE PREMIER

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL AU POINT DE VUE MORAL

On sait jusqu'où peut aller l'amour des animaux pour leurs petits, mais on sait aussi qu'il diffère en quelques points de l'amour de la femme pour les siens. Cette différence se traduit tout d'abord par un fait qui n'est hélas ! pas à l'avantage de la femme : aucune femelle d'animal ne renonce volontairement à allaiter ses petits ; un très grand nombre de femmes se résignent, sans raisons sérieuses, à se séparer des leurs : quelques-unes même les éloignent avec empressement. Est-ce à dire que l'instinct de l'amour maternel est moindre chez la femme que chez la bête ? Non assurément ; mais l'instinct triomphe nécessairement chez la bête parce qu'il y existe seul au lieu que chez la femme il est toujours combattu, et souvent vaincu par des passions, des préjugés, des habitudes contraires. Il n'en est pas moins triste de reconnaître que la femme corrompue par une fausse civilisation sacrifie à son plaisir, à ses

aises, à son orgueil ou à d'absurdes convenances sociales, un devoir aussi sacré que celui de donner à ses enfants le lait que la nature avait préparé dans son sein. Or, on connaît l'importance du rôle physiologique de la nourrice pour un nouveau-né ; ce rôle important doit être incontestablement exercé par la mère. Cette question est une de celles qui dominent la question économique, sa solution rationnelle est la sauvegarde assurée de l'accroissement de la population, accroissement qui est aujourd'hui comme dans le passé, reconnu la base de la prospérité nationale. Or l'abandon incessant du devoir de la mère, l'éloignement des enfants nouveau-nés du sein maternel, causent chaque jour une hécatombe parmi ces derniers. Un publiciste qualifiait naguère cet état de choses de « *massacre des innocents* », le mot est vif mais il n'est que trop juste.

Il est incontestable qu'au point de vue moral, l'allaitement maternel doit être compris dans les devoirs de la maternité qu'il rend complète et réelle. Les femmes qui, n'ayant aucune incapacité physique les en empêchant, ne nourrissent pas leurs enfants, rentrent dans l'une des trois catégories suivantes :

1° Mères légères, négligentes, qui tout en aimant leurs enfants, se laissent aisément persuader qu'elles sont trop faibles pour les nourrir ;

2° Mères pour qui un enfant nouveau-né n'est qu'un fardeau, un embarras dont on se décharge avec le plus grand empressement sur le dos d'une nourrice mercenaire.

3° Ouvrières d'ateliers et d'usines.

Pour les deux premières catégories de femmes, le médecin, à lui seul, peut leur faire entendre raison et les amener à allaiter leurs enfants: aux premières, il montrera, en surveillant d'une façon continue l'allaitement maternel, qu'elles sont parfaitement aptes à nourrir leurs enfants. Aux deuxièmes, il montrera le danger qui résulte pour leurs enfants de l'éloignement du sein maternel. Il leur citera cette phrase que prononçait le Dr Variot, en 1902, à la Sorbonne, dans une conférence faite au nom de la Ligue contre la mortalité infantile: « *Si les mères savaient comme la vie d'un nouveau-né est fragile, quelles difficultés nous avons, surtout à Paris à élever un enfant au biberon dans les premiers mois, quels risques elles lui font courir, toutes voudraient lui donner le sein. Je n'ajouterai que deux mots: c'est que les mères qui refusent le sein à leurs enfants, surtout pendant les deux premiers mois de la vie, et qui les soumettent dès la naissance à l'allaitement artificiel exclusif, les exposent à de plus grands risques de mort que n'encourt un soldat sur le champ de bataille.* »

Quant aux femmes de la troisième catégorie, ouvrières d'ateliers ou d'usines, le problème est plus complexe; le médecin seul ne suffit pas, il y a dans ce cas la question sociale qui se pose, c'est elle que nous allons envisager maintenant.

CHAPITRE II

L'ALLAITEMENT MATERNEL AU POINT DE VUE DE SES DIFFICULTÉS SOCIALES

Il est beaucoup de femmes qui sont dans l'impossibilité matérielle d'allaiter : que de métiers, que d'emplois qui les en empêchent, car elles n'ont aucun argent pour vivre ; telles sont par exemple les domestiques, les ouvrières d'usines. Les premières n'ont pas de domicile particulier, les autres en sont absentes toute la journée. Comment donneraient-elles le sein? La place qu'elles occupent est leur seul moyen d'existence : aussi y tiennent-elles et font-elles tout pour la garder. Or, l'allaitement au sein et par conséquent la vie en commun avec leur enfant, la leur ferait perdre. Voilà pourquoi elles sont obligées de se séparer de celui-ci dès sa naissance. Un tel état social qui ne permet pas à la mère d'allaiter son enfant est mauvais au point de vue moral et au point de vue de l'intérêt général du pays.

Le Dr Binet a étudié l'allaitement maternel, considéré spécialement au point de vue des difficultés socia-

les. De son étude, il résulte que 691 fois sur 1.377 accouchements, c'est-à-dire dans plus de 50 °/₀ des cas, c'est pour pouvoir vivre elles-mêmes et gagner la vie de leurs enfants, que les mères ont dû renoncer à allaiter. Voici donc l'étendue du mal, dit le Dr Binet ; dans la classe ouvrière, les conditions sociales de la vie sont telles que dans la moitié des cas, elles forcent la mère à priver son enfant de son seul aliment rationnel, le sein. Il est donc impossible de séparer la question sociale, de la question médicale pour la puériculture dans la classe ouvrière ; voyons donc en quelques mots ce qu'on a fait et ce qu'il reste à faire pour encourager et permettre l'allaitement maternel.

La première question qui se pose, c'est celle de l'éducation maternelle. Cette éducation doit être commencée de bonne heure, et le professeur Pinard n'a pas craint de s'adresser au public enfantin des écoles primaires, et a fait paraître un volume de puériculture qui lui est destiné. Ce manuel de puériculture, résumé des leçons faites par le professeur Pinard à l'école primaire du boulevard Péreire, est enrichi de gravures fort démonstratives et d'une précision méticuleuse, de résumés et d'exercices qui en font un livre de pédagogie au vrai sens du mot. Le professeur Budin fit des conférences à la polyclinique de Rothschild : de plus il a dirigé une véritable croisade en faveur de l'allaitement maternel. Au point de vue de l'éducation maternelle, une grande part revient à la consultation de nourrissons : nous n'envisagerons pas cette question ici, lui réservant un chapitre spécial.

Il ne suffit pas que dans la classe ouvrière une mère soit éduquée en vue de l'allaitement de son enfant, il faut encore lui rendre matériellement possible cet allaitement : d'où besoin de l'assistance maternelle. Cette assistance maternelle sera soit d'ordre privé, soit d'ordre public. Dans l'ordre privé, il existe actuellement de nombreuses organisations favorisant l'allaitement maternel. Dans l'ordre public il n'existe presque rien. Il devrait y avoir une loi qui rendrait l'allaitement au sein obligatoire, sauf raison de santé venant tant de la mère que de l'enfant: des ressources tendant à faciliter l'application de cette loi devraient être créées, par exemple au moyen de taxes à la charge des célibataires, des ménages sans enfants, des veufs et veuves sans enfant; enfin par une taxe de remplacement, à la charge des femmes qui ne pourraient, pour raisons de santé médicalement constatées, allaiter leurs enfants, cette taxe étant basée sur l'état de la fortune. L'idée de cette taxe de remplacement a déjà été appliquée, notamment dans la loi de 1889 sur le recrutement de l'armée, loi qui imposait une taxe aux hommes dispensés pour une cause quelconque d'une partie de leur service militaire.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail des diverses formes d'assistance maternelle privée, qu'il nous suffise de citer la bienfaisance privée, la pouponnière, les crèches, les crèches d'usines, les mutualités, l'administration de l'assistance publique de Paris.

Une seule loi fut votée en France pour rendre obligatoire l'allaitement maternel : ce fut sous la Convention, le 28 juin 1793, c'est-à-dire quatre jours après la

proclamation des droits de l'homme: après avoir proclamé les droits de l'homme, la Convention voulut proclamer les droits de l'enfant, voici les principaux articles de cette loi:

Art. 6. — Toute femme enceinte devra se reposer à partir du sixième mois de sa grossesse.

Art. 13. — Les secours seront fournis à domicile.

Art. 26. — Ceux qui se présenteront pour réclamer, au nom de l'enfant qui va naître, les secours qui lui sont dus, seront tenus de se soumettre à faire allaiter l'enfant par sa mère.

Art. 27. — La mère ne pourra se dispenser de remplir ce devoir qu'en rapportant un certificat de l'officier de santé par lequel il sera constaté qu'il y a impossibilité ou danger dans cet allaitement, soit pour la mère, soit pour l'enfant.

Art. 28. — Il sera accordé à la mère pour frais de couches une somme de dix-huit livres : il sera ajouté douze livres pour une layette en faveur des mères qui allaiteront elles-mêmes leurs enfants.

Votée dans un temps de dangers et de troubles de toute sorte, cette loi ne put être appliquée.

En 1871 le Dr Mayer déposa un projet de loi déclarant l'allaitement obligatoire sauf état de santé; ce projet de loi n'aboutit pas.

En 1891, MM. Brousse et Dron, plus tard le sénateur Strauss, firent un projet de loi accordant à la mère un repos de quinze jours avant son accouchement et de quatre semaines après. Ce projet jusqu'ici n'a pas abouti non plus, mais les circonstances présentes nous font es-

pérer qu'il viendra sous peu en délibération devant le Parlement.

Le Dr Binet, de la thèse duquel nous nous sommes inspiré pour rédiger ce chapitre, propose les conclusions suivantes que nous ne pouvons mieux faire que reproduire. D'après lui, il faudrait voter une loi contenant les principales dispositions suivantes :

1° Repos de la femme pendant les quinze derniers jours de sa grossesse et pendant les six semaines qui suivent l'accouchement ;

2° L'allaitement maternel est obligatoire sauf raisons de santé ;

3° Ceux qui emploieront les mères à des travaux hors de leur domicile seront tenus de leur faciliter leur rôle de nourrice ;

4° Tout industriel occupant plus de cinquante femmes devra mettre à la disposition de celles-ci une salle spéciale où elles pourront se rendre pour allaiter leurs enfants ;

5° Tous les enfants seront surveillés médicalement pendant les six premières semaines ;

6° Consultation de nourrissons obligatoire une fois par semaine à la mairie.

Nous nous associons pleinement à ces conclusions en rappelant les moyens que nous préconisons ci-dessus, pour faciliter, au point de vue budgétaire, l'application de cette loi.

CHAPITRE III

INFLUENCE RÉCIPROQUE DES ÉTATS PATHOLOGIQUES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL SUR LES ÉTATS PATHOLOGIQUES.

Après avoir dit quelques mots des malformations du mamelon mettant un obstacle à l'allaitement maternel, nous passerons en revue les causes qui ont une influence sur le lait sécrété, soit quant à sa qualité, soit quant à sa quantité.

La forme des mamelons doit être examinée avec soin chez toute femme récemment accouchée : il faut que le mamelon soit suffisamment saillant pour pouvoir être pris par le nouveau-né. Il y a des mamelons plats et des mamelons ombiliqués. Les mamelons plats sont susceptibles de correction et peuvent devenir saillants. Quant aux mamelons ombiliqués ils sont presque toujours une cause d'empêchement à l'allaitement. Cette malformation est heureusement fort rare : sur 457 femmes que nous avons examinées, aucune ne présentait cette malformation.

Quant aux causes qui ont une influence sur la sécrétion lactée, il faut considérer, comme nous l'avons dit ci-dessus, celles qui influent sur la quantité du lait sécrété et celles qui influent sur sa qualité.

Il est un fait certain, c'est que les femmes fournissent plus ou moins de lait selon que leurs mamelles sont beaucoup ou peu développées, que leur état de santé est bon ou mauvais. D'une façon générale, a dit Budin, elles sont capables d'en donner beaucoup plus qu'on ne le croit habituellement, et il ajoute : « La succion régulièrement répétée est une des causes qui agit le plus puissamment pour déterminer et accroître la production du lait. » A l'appui de cette assertion il cite les faits suivants : Pendant qu'il dirigeait à la maternité le service des débiles, il s'y trouvait 40 enfants pour lesquels il n'avait à sa disposition que 14 nourrices seulement : il est vrai qu'il s'agissait de prématurés, ne pesant que 2.500, 2.000, 1.500 grammes et moins, mais ils pouvaient atteindre par la suite 2.800 et 3.000 grammes ; de plus ces 14 nourrices allaitaient leurs propres bébés ; elles soignaient donc 54 enfants et leur fournissaient du lait. Il était facile d'apprécier la quantité de lait qu'elles donnaient d'une façon exacte : les débiles étaient pesés avant et après chaque tétée, et on faisait le total à la fin de la journée. Une épidémie de bronchite étant survenue, un assez grand nombre d'enfants succombèrent et on n'en reçut plus. On vit alors la quantité de lait fourni par les femmes diminuer. Le service fut réouvert quatre mois après, de nouveaux enfants furent reçus et une quantité plus considérable de

lait fut nécessaire : les femmes le fournirent. Évidemment ces femmes étaient de bonnes nourrices, et elles subissaient une sorte d'entraînement : Plus on les faisait téter, plus on leur demandait de lait, et plus elles en fournissaient.

Par des expériences complémentaires, consistant en une analyse fréquente du lait de ces femmes, Budin démontra en outre que malgré son abondance ce lait avait une constitution normale. La puissance des succions répétées est telle qu'on peut parfois obtenir le rétablissement de la sécrétion lactée chez les femmes qui ont cessé de nourrir depuis un certain temps : bien plus on peut obtenir par ce moyen l'établissement de la sécrétion lactée, plusieurs semaines après l'accouchement, chez une femme qui n'a jamais allaité. Témoin ce fait cité par Budin : Une jeune femme âgée de vingt-deux ans accouche chez elle de son premier enfant, qui pesait 2.040 grammes, c'était le 31 octobre 1900. Comme elle ne pouvait lui donner les soins nécessités par son état, elle le mit dans un établissement où il y avait des couveuses et où il resta jusqu'au 14 novembre ; il pesait alors 2.060 grammes, et on le lui rendit. Obligée de le reprendre, elle lui fit boire du lait coupé d'eau bouillie : il eut des vomissements et de la diarrhée, diminua de poids. Deux médecins lui conseillèrent de remettre l'enfant dans une couveuse et de lui donner une nourrice au sein. Absolument pauvre elle ne pouvait faire ni l'un ni l'autre. C'est alors qu'elle vint se présenter à la clinique Tarnier où on la reçut le 19 novembre, c'est-à-dire dix-neuf jours après son accouchement. Son en-

fant ne pesait plus alors que 1.070 grammes. Pendant les quelques jours qui suivirent son entrée, il eut encore des troubles digestifs et diminua de poids. On lui donna du lait de nourrice mais en même temps on fit téter sa mère par un gros enfant. Les seins, qui étaient flasques, donnèrent 5 grammes de lait le premier jour.

30	grammes	2e jour
35	»	3e »
50	»	4e »
65	»	5e »
70	»	6e »
100	»	7e »
135	»	8e »
175	»	9e »
255	»	10e »
310	»	11e »
390	»	12e »

Peu à peu, cette femme put allaiter seule son enfant qui, le 20 décembre, pesait 2.660 grammes. Cette femme parvint à fournir 960 grammes de lait dont 665 étaient absorbés par son enfant.

On voit donc par ces exemples l'heureuse influence des succions répétées sur la sécrétion lactée. Une autre question intéressante est celle de l'hérédité. Une femme a plus de chance d'être une bonne nourrice si elle a été allaitée par sa mère que si elle l'a été par une étrangère. En effet il ne semble pas douteux que l'impuissance à allaiter soit héréditaire dans une certaine mesure. L'habitude de nourrir étant perdue dans de nombreu-

ses familles depuis plusieurs générations, il en résulte chez les descendants une moindre aptitude à la fonction. Mais il ne s'agit pas ici d'une loi constante : d'ailleurs le degré de cette inaptitude est variable, et quand elle n'est pas très marquée, il est possible de la corriger.

L'hérédité de l'impuissance à allaiter explique les différences qui existent entre les femmes de la classe aisée et celles de la classe pauvre : chez celles-ci l'usage de nourrir leurs propres enfants ou des enfants étrangers s'est conservé de génération en génération : aussi, malgré les conditions défavorables de leur vie, elles sont, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, capables d'allaiter avec succès. Dans les familles riches au contraire, il est fréquent de constater l'abandon de l'allaitement depuis plusieurs générations : c'est pourquoi la proportion des bonnes nourrices y est moindre que parmi les mères pauvres. Mais cette influence de l'hérédité ne conduit jamais à l'agalactie complète, et moins souvent qu'on ne l'a prétendu, à une agalactie relative. Bunge s'est déclaré convaincu de l'impuissance croissante des femmes à allaiter leurs enfants, et il considère cette incapacité comme un symptôme de dégénérescence : il accuse l'alcoolisme des ascendants d'en être la principale cause.

Cette « impuissance croissante des femmes à allaiter leurs enfants » est une erreur de Bunge, comme l'a montré M^me^ Dluski, élève du professeur Pinard, et comme le montreront les chiffres que nous fournirons au chapitre suivant : de plus, notre statistique porte sur des fem-

mes de la classe ouvrière au sein de laquelle l'alcoolisme fait de si nombreux ravages.

M. le professeur Pinard qui a entrepris en France l'œuvre du relèvement de l'allaitement maternel et qui a groupé autour de lui nombre de bonnes volontés, nous fournit à ce sujet un document très intéressant. La statistique faite dans son service par Mme Dluski montre que sur 100 femmes se trouvant dans les conditions voulues d'alimentation, 99 peuvent nourrir leur enfant. Voici quelques-unes des conclusions de Mme Dluski :

« Les femmes, à peu d'exceptions près, peuvent être de très bonnes nourrices.

« Plus des quatre cinquièmes (4/5) des femmes le sont dès le début de l'allaitement.

« Presque toutes les femmes le deviennent après un temps plus ou moins long.

« Les cas d'agalactie sont excessivement rares : l'agalactie absolue n'existe pas.

« La nécessité d'interdire l'allaitement s'impose très rarement. »

Ces conclusions ont été établies, détail qui a son importance, sur des observations de femmes ayant accouché à l'hôpital. En ville M. Marfan trouve 9 impossibilités sur 200 accouchements, 5 dus à une sécrétion lactée insuffisante, 4 à des malformations du mamelon. Nous sommes loin de l'aphorisme de Bunge : « Les femmes ne nourrissent pas leurs enfants parce qu'elles en sont physiquement incapables. » Si beaucoup de mères ne donnent pas le sein à leur progéniture, c'est pour de toutes autres raisons, ainsi que nous l'avons dit en

étudiant la question de l'allaitement maternel au point de vue moral et au point de vue social. Dans la classe riche les causes les plus fréquentes de l'abandon de l'allaitement maternel sont l'usage, la mode et l'égoïsme de la mère et du père ; dans la classe pauvre l'ignorance et la misère. L'insuffisance de la sécrétion lactée si souvent invoquée est en réalité une des causes qui mettent le plus rarement obstacle à l'allaitement maternel.

Mais il ne suffit pas que le nouveau-né ait une quantité de lait maternel suffisante, il faut encore que ce lait soit de bonne qualité. Quelques causes ont une influence sur la qualité du lait d'une nourrice. Certaines substances étrangères absorbées par la mère passent dans le lait et le rendent nocif : les expériences de M. Nicloux par exemple ont démontré que l'alcool absorbé par une nourrice passe en partie dans son lait et intoxique par conséquent le nourrisson. Les émotions vives, les fatigues exagérées, ont également une influence néfaste sur la qualité du lait. Le rétablissement de la menstruation, une nouvelle grossesse, ont également une certaine influence sur la qualité du lait sécrété.

Étudions maintenant l'influence de l'allaitement maternel sur certains états pathologiques de la mère, et voyons dans quelle mesure ces divers états pathologiques contre-indiquent l'allaitement maternel, tant pour la mère que pour l'enfant.

Toute affection tuberculeuse en évolution est un obstacle à l'allaitement. L'allaitement fatigue la mère poitrinaire et précipite la consomption : il est funeste au

nourrisson qui tète un lait insuffisant, et peut-être charge sinon de bacilles, du moins de toxines tuberculeuses ; de plus, des contacts intimes de la mère et de l'enfant peuvent créer des occasions de contagion très fréquentes.

Aux femmes atteintes d'une maladie organique du cœur, Peter donnait les conseils suivants : « Fille, pas de mariage, femme, pas de grossesse, mère, pas d'allaitement. » En ce qui concerne l'allaitement, la formule est trop absolue. Si la cardiopathie est bien compensée, si elle n'a pas troublé la santé générale, on peut autoriser un essai d'allaitement : l'expérience prouve qu'en pareil cas la tentative réussit assez souvent. Quand il s'agit de sujets asystoliques, il vaut mieux en général leur interdire l'allaitement. Cependant cette interdiction ne doit pas être érigée en règle absolue, comme le prouvent deux observations de MM. Budin et Macé : ces auteurs ont soigné deux femmes qui, malgré leur asystolie, exigèrent qu'on les laissât allaiter : elles y réussirent sans fatigue.

Pour les femmes albuminuriques, on estimait autrefois qu'elles ne devaient pas allaiter, parce qu'elles étaient obligées de se soumettre au régime lacté, et que ce régime les empêchait de fournir une sécrétion mammaire suffisante. Le professeur Pinard s'est élevé contre cette manière de voir : d'après lui les femmes albuminuriques soumises au régime lacté absolu peuvent allaiter leurs enfants. Il faut néanmoins distinguer les femmes atteintes d'albuminurie passagère, et les brightiques : aux premières l'allaitement sera permis, aux secondes il faudra la plupart du temps l'interdire : cette

dernière hypothèse est d'ailleurs rare parce que les brightiques, le plus souvent, ne conduisent pas une grossesse à bon terme.

Pour les femmes syphilitiques, la question longtemps débattue paraît devoir être ainsi résolue. Quand le médecin au moment de l'accouchement suppose qu'il existe chez le père ou chez la mère une infection syphilitique à l'état virulent, il doit formellement inviter la mère à nourrir son enfant. D'après la loi de Bannes et de Colles, un enfant procréé syphilitique par un père syphilitique n'infecte jamais sa mère saine en apparence: et d'après celle de Profeta une mère syphilitique n'infecte jamais son enfant sain en apparence, à moins qu'elle n'ait contracté la maladie pendant les deux derniers mois de la grossesse, ce qui est exceptionnel s'il ne s'agit pas d'une prostituée. L'allaitement au sein étant souvent nécessaire pour sauver la vie du nouveau-né syphilitique, et la mère étant presque toujours en état d'immunité, elle seule peut nourrir son enfant.

Quant aux maladies aiguës existant au moment de l'accouchement, il faudra distinguer deux cas : ou la mère sera encore en pleine évolution, ou elle sera convalescente. Dans le premier cas il faudra souvent interdire l'allaitement, dans le deuxième cas, la mère pourra la plupart du temps être autorisée à allaiter son enfant.

En résumé lorsqu'il est consulté par une femme qui désire nourrir son enfant, le médecin doit se montrer très facile à lui en accorder l'autorisation, parce que les contre-indications à l'allaitement maternel sont, ainsi que nous venons de le voir, relativement rares.

CHAPITRE IV

LES RÉSULTATS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ LES SAGES-FEMMES AGRÉÉES DÉPENDANT DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Pour voir si une mère est une bonne nourrice, si elle fournit à son enfant suffisamment de lait, le meilleur moyen est incontestablement la méthode des pesées : un enfant qui augmente de poids tète une quantité suffisante de lait. Nous nous sommes donc basé sur le poids des enfants pour prouver que la très grande majorité des mères avaient une sécrétion lactée suffisante. Nous avons procédé de la manière suivante : nous avons pris comme sujets pour notre statistique les enfants de femmes saines accouchées chez les sages-femmes agréées dépendant de la maternité de l'hôpital Saint-Louis, nous avons comparé chez ces enfants leur poids à la naissance et leur poids au jour où ils quittent la sage-femme, c'est-à-dire au dixième jour. On a noté en outre pour chaque enfant le mode d'allaitement, maternel, mixte ou artificiel : dans le cas d'allaitement mixte, la quan-

tité de lait stérilisé fournie a été notée. Nous devons ajouter que notre étude porte sur 457 femmes, 187 primipares, et 270 multipares. Des enfants de ces 457 femmes, 33 ont échappé à notre observation, leurs mères les ayant envoyés en nourrice trois ou quatre jours après leur naissance. A ce propos faisons une remarque qui a son importance: sur les 33 enfants envoyés en nourrice, 22 sont des enfants de primipares, 11 de multipares ; il y a donc chez les primipares abandon de l'allaitement maternel sans raisons valables, 22 fois sur 187, soit 12 °/₀ ; chez les multipares cet abandon de l'allaitement maternel ne se présente que 11 fois sur 270, soit 4 °/₀. L'abandon de l'allaitement maternel est donc 3 fois moindre chez les multipares que chez les primipares. La raison de cette énorme différence est facile à comprendre : une femme a déjà eu un ou plusieurs enfants qu'elle a envoyés en nourrice ; ils y sont morts, tués la plupart du temps par des troubles gastro-intestinaux : assagie par l'expérience, à l'occasion d'un nouvel accouchement, elle garde son enfant et le nourrit elle-même. C'est dans un pareil cas que l'on voit toute l'importance de l'éducation des futures mères telle que l'a conçue et pratiquée M. le professeur Pinard : cette éducation maternelle de la jeune fille épargnerait à la France bien des morts inutiles et aux jeunes mères bien des deuils cruels.

Les 33 enfants envoyés en nourrice étant défalqués, il nous en reste 424. Sur ces 424 enfants, il y en a 165 de mères primipares et 259 de mères multipares. Occupons-nous d'abord des enfants de mères primipares.

Sur ces 165 enfants, au dixième jour :

98 avaient gagné du poids, soit 59,04 °/₀ ;

18 avaient conservé leur poids, soit 10,25 °/₀.

49 avaient perdu de leur poids, soit 30,71 °/₀.

Sur les 98 ayant gagné du poids :

94 avaient été nourris par leur mère exclusivement ;

4 avaient été soumis à l'allaitement mixte.

Pour trois de ces derniers, la quantité de lait stérilisé donnée n'a pas été notée : ils avaient gagné respectivement 100 grammes, 50 grammes et 50 grammes. Le quatrième avait reçu trois fois par jour 60 grammes de lait stérilisé, il avait gagné 100 grammes.

Les 18 enfants ayant conservé leur poids de naissance avaient tous été soumis à l'allaitement maternel exclusif.

Sur les 49 enfants ayant perdu de leur poids :

39 étaient soumis à l'allaitement maternel exclusif ;

9 étaient soumis à l'allaitement mixte ;

1 était soumis à l'allaitement artificiel.

Sur les 9 enfants soumis à l'allaitement mixte, pour 4 d'entre eux la quantité de lait stérilisé donnée n'a pas été notée : ils avaient perdu respectivement 30, 50, 100 et 150 grammes ; pour les 5 autres la quantité de lait donnée a été notée. L'un d'eux avait pris les deux derniers jours 200 grammes de lait par jour : il avait perdu 20 grammes, le second avait pris 60 grammes de lait toutes les deux heures pendant les trois derniers jours : il avait perdu 100 grammes. Le troisième avait pris 180 grammes de lait en trois fois pendant un seul jour : il avait perdu 110 grammes. Le quatrième avait été mis

au sein la nuit et avait pris du lait stérilisé pendant le jour toutes les deux heures : il avait perdu 50 grammes. Quant au cinquième, on avait complété les tétées avec 30 grammes de lait stérilisé : il avait perdu 120 grammes.

Enfin chez les enfants de primipares, un avait dû être nourri exclusivement au lait stérilisé, sa mère ne pouvant fournir qu'une quantité insignifiante de lait : cet enfant avait perdu 100 grammes.

Nous devons enfin faire remarquer qu'un des enfants de primipares, nourri exclusivement au sein maternel, et ayant perdu du poids, était atteint d'un bec-de-lièvre, avec malformation de la voûte palatine.

Ces remarques étant faites, voici pour les enfants de primipares ayant gagné du poids, ou en ayant perdu, la valeur exacte de ce gain ou de cette perte.

Sur 98 enfants ayant gagné du poids :

3	ont gagné	10	gram.	9	ont gagné	150	gram.
5	—	20	—	1	—	180	—
2	—	25	—	1	—	190	—
3	—	30	—	2	—	200	—
15	—	50	—	1	—	210	—
1	—	60	—	1	—	240	—
3	—	70	—	4	—	250	—
4	—	80	—	1	—	260	—
2	—	85	—	1	—	280	—
3	—	90	—	3	—	300	—
22	—	100	—	1	—	305	—
1	—	110	—	1	—	550	—
1	—	120	—	1	—	690	—

4	ont gagné	130 gram.	1	a gagné	750 gram.
1	—	140 —			

Sur 49 enfants ayant perdu du poids :

4	ont perdu	10 gram.	1	a perdu	90 gram.
5	—	20 —	8	ont perdu	100 —
2	—	25 —	1	—	110 —
6	—	30 —	1	—	120 —
2	—	40 —	3	—	150 —
11	—	50 —	1	—	200 —
1	—	60 —	1	—	230 —
1	—	70 —	1	—	270 —

De l'inspection des chiffres précédents, nous concluons que la moyenne des gains a été de 126 grammes tandis que la moyenne des pertes n'a été que de 67 grammes.

Voyons maintenant ce que nous fournit la statistique en ce qui concerne les enfants de mères multipares.

Sur ces 259 enfants, au dixième jour :

192 avaient gagné du poids, soit 74,14 °/₀

26 avaient conservé leurs poids, soit 10,03 °/₀

41 avaient perdu de leur poids, soit 15,83 °/₀.

Sur les 192 enfants ayant gagné du poids :

182 avaient été nourris par leur mère exclusivement.

10 avaient été soumis à l'allaitement mixte.

Pour 2 de ces derniers, la quantité de lait fourni n'a pas été notée, ils avaient gagné chacun 50 grammes.

Pour les 8 autres, la quantité de lait a été notée, l'un d'eux a eu 180 grammes de lait en trois fois pen-

dant trois jours seulement: il avait gagné 20 grammes. Le second avait eu du lait matin et soir pendant deux jours ; il avait gagné 20 grammes. Le troisième avait pris 15 grammes de lait de la mère et 40 grammes de lait stérilisé: il avait gagné 50 grammes. Le quatrième avait pris par jour 60 grammes de lait, il avait gagné 50 grammes. Le cinquième avait pris 60 grammes de lait deux fois par jour le huitième et le neuvième jour: il avait gagné 100 grammes. Le sixième avait pris quatre fois par jour 60 grammes de lait: il avait gagné 100 grammes. Le septième avait pris du lait stérilisé depuis le quatrième jour ; le neuvième jour, la quantité de lait stérilisé ingérée par lui était de 200 grammes, il avait gagné 110 grammes. Quant au dernier, il avait eu du lait stérilisé matin et soir pendant deux jours seulement: il avait gagné 270 grammes.

Sur les 26 enfants ayant conservé leur poids :

24 avaient été nourris par leur mère exclusivement ;

1 avait été nourri par sa mère et avait en outre pris 30 grammes de lait stérilisé à chaque tétée ;

1 avait été nourri complètement au lait stérilisé, sa mère ne pouvant fournir qu'une quantité insignifiante de lait.

Sur les 41 enfants ayant perdu de leur poids :

33 avaient été nourris exclusivement par leur mère ;

8 avaient été soumis à l'allaitement mixte.

Pour 4 de ces derniers la quantité de lait stérilisé fournie n'a pas été notée, 3 avaient perdu 50 grammes, 1 avait perdu 100 grammes.

Pour les 4 autres la quantité de lait stérilisé fournie a

été notée : l'un d'eux avait pris deux tétées de lait stérilisé par jour, les deux dernières de 50 grammes chacune, il avait perdu 80 grammes, le deuxième avait eu trois fois par jour 60 grammes de lait, il avait perdu 100 grammes. Le troisième avait pris deux fois par jour 60 grammes de lait, les septième, huitième et neuvième jours : il avait perdu 200 grammes. Quant au quatrième il avait eu, le huitième jour, 40 grammes de lait stérilisé en une fois à 7 heures du soir, le neuvième jour 80 grammes en deux fois à 2 heures et à 7 heures du soir, le dixième jour 40 grammes en une fois le matin à 7 heures, il avait perdu 10 grammes.

Ces remarques étant faites, voici pour les enfants de multipares ayant gagné du poids ou en ayant perdu, la valeur exacte de ce gain ou de cette perte :

Sur 192 enfants ayant gagné du poids :

5	ont gagné	10	gram.	1	a gagné	160	gram.
7	—	20	—	5	ont gagné	170	—
1	—	25	—	1	—	180	—
5	—	30	—	2	—	190	—
1	—	40	—	17	—	200	—
1	—	45	—	1	—	215	—
31	—	50	—	1	—	220	—
5	—	60	—	3	—	230	—
1	—	65	—	1	—	240	—
7	—	70	—	7	—	250	—
5	—	80	—	2	—	260	—
3	—	90	—	1	—	270	—
23	—	100	—	3	—	290	—

1	a gagné	110 gram.	7	ont gagné	300 gram.
1	—	115 —	2	—	320 —
4	—	120 —	1	—	330 —
1	—	125 —	2	—	350 —
5	—	130 —	1	—	480 —
3	—	140 —	1	—	500 —
22	—	150 —	1	—	600 —

Sur 41 enfants ayant perdu du poids:

3	ont perdu	10 gram.	6	ont perdu	100 gram.
2	—	20 —	1	—	110 —
2	—	30 —	1	—	120 —
15	—	50 —	1	—	130 —
2	—	60 —	2	—	150 —
1	—	70 —	2	—	200 —
2	—	80 —	1	—	220 —

De l'examen des chiffres qui précèdent, il résulte que chez les enfants de multipares la moyenne des gains a été de 135 grammes tandis que la moyenne des pertes n'a été que de 75 grammes seulement. Ces résultats, on le voit, sont très voisins de ceux obtenus chez les enfants de primipares ; chez eux en effet la moyenne des gains était de 126 grammes et celle des pertes de 67 grammes.

En exposant la question d'une façon un peu différente, et en donnant les résultats de chaque mode d'allaitement chez nos enfants, voici ce que l'on obtient :

A. — Allaitement maternel :

1° *Chez les primipares.*

Enfants ayant gagné du poids.	94
Enfants ayant conservé leur poids . . .	18
Enfants ayant perdu du poids.	39

2° *Chez les multipares.*

Enfants ayant gagné du poids.	182
Enfants ayant conservé leur poids . . .	24
Enfants ayant perdu du poids. . . .	33

B. — Allaitement mixte.

1° *Chez les primipares*

Enfants ayant gagné du poids	4
Enfants ayant conservé leur poids. . .	0
Enfants ayant perdu du poids. . . .	9

2° *Chez les multipares.*

Enfants ayant gagné du poids	10
Enfant ayant conservé leur poids . . .	1
Enfants ayant perdu du poids. . . .	8

C. — Allaitement artificiel :

1° *Chez les primipares.*

Enfants ayant gagné du poids	0
Enfants ayant conservé leur poids. . .	0
Enfants ayant perdu du poids. . . .	1

2° *Chez les multipares.*

Enfants ayant gagné du poids	0
Enfants ayant conservé leur poids. . .	1
Enfants ayant perdu du poids.	0

Les résultats que nous venons d'exposer dans ce chapitre prouvent que la très grande majorité des femmes sur lesquelles ont porté nos observations étaient de bonnes nourrices ; que les primipares s'étaient montrées aussi bonnes nourrices que les multipares, parmi lesquelles pourtant certaines avaient déjà allaité. Ils prouvent que nous sommes loin en France des aphorismes de Pajot et de Bunge, que la mamelle ne se meurt pas, mais qu'elle est au contraire très apte à remplir la fonction à laquelle elle est destinée, pourvu que l'on sache tirer d'elle tout ce qu'elle est susceptible de donner.

CHAPITRE V

LA CONSULTATION DE NOURRISSONS
CONTINUATION DE L'ASSISTANCE OBSTÉTRICALE

Nous venons de démontrer dans le chapitre précédent que la très grande majorité des mères sont de bonnes nourrices sous le rapport de la quantité de lait qu'elles peuvent fournir. Mais sont-elles également bonnes nourrices quant à la façon de faire profiter, au mieux de leurs intérêts, leurs enfants de leur lait ? Évidemment non. Le rôle du médecin au moment de l'accouchement est capital : s'il sait se faire écouter, s'il a la patience de faire à la jeune mère un cours de puériculture pendant les visites des suites de couches, il obtiendra souvent de bons résultats. Malheureusement ces résultats ne se maintiennent le plus souvent qu'autant que le médecin les vient contrôler : la mère, dès qu'elle est abandonnée à ses seules inspirations, tombe vite dans les fautes que le médecin lui avait jusqu'alors évitées. Le travail de MM. Boissard et Devé, fait à la consultation des nourrissons de l'hôpital Tenon, est des plus

éloquents à cet égard. Ils ont relevé le poids de 174 enfants nés dans le service, au moment de leur sortie de l'hôpital, et au moment où ils se présentaient à la consultation, un mois au plus tard après leur sortie. Tous ces enfants étaient au sein maternel, leurs mères avaient du lait en quantité suffisante. Pendant leur séjour à l'hôpital elles avaient pris de bonnes habitudes, et reçu de véritables leçons d'allaitement. Le retour à la consultation témoigne du désir d'élever aussi bien que possible leurs enfants, et il est bien certain que ces 174 mères faisaient de leur mieux pour nourrir leur bébé. Cependant les résultats ne sont pas tels qu'on pourrait espérer de ces bonnes intentions. 35 de ces enfants (20,1 °/₀) avaient un accroissement normal, 25 (14,4 °/₀) avaient un accroissement excessif, 63 (36,3 °/₀) avaient un accroissement insuffisant, 3 (1,7 °/₀) avaient un accroissement nul, 48 (27,6 °/₀) avaient diminué de poids. Le poids était donc anormal dans 80 °/₀ des cas ; donc malgré leur bonne volonté, malgré les leçons reçues, sur 100 mères, nourrices suffisantes, 80 étaient incapables de diriger seules convenablement l'hygiène alimentaire de leurs enfants. Budin l'a dit : « L'affection maternelle ne supplée pas au manque d'expérience. » Il est bien difficile sans études préalables d'élever régulièrement un enfant. Cela nous explique la mortalité moyenne de 15 °/₀ relativement élevée que nous voyons sévir sur ces enfants au sein pendant la première année. Le seul moyen de réduire cette mortalité, c'est la surveillance médicale longtemps continuée de l'état de l'enfant et de celui de la mère. Cette surveillance a été réalisée par Budin lorsqu'il

fonda en 1892 la première consultation de nourrissons. Budin fonda cette consultation de nourrissons parce qu'il fut frappé de ce fait que les nouveau-nés, très bien soignés pendant le séjour de leur mère à l'hôpital, ne bénéficiaient plus dans la suite d'aucun conseil médical, et mouraient en grand nombre emportés presque tous par la gastro-entérite. Primitivement cette consultation fut réservée aux seuls enfants nés dans le service, et eut pour objet « de diriger les mères, de les engager à continuer l'allaitement au sein, et, dans le cas où cet allaitement deviendrait insuffisant, de les aider en leur donnant du lait de vache, de bonne qualité et stérilisé. »

Le Dr Dufour, de Fécamp, fonda en 1894 sous le nom de Goutte de lait une œuvre destinée « à lutter contre l'excessive mortalité des enfants de la ville élevés artificiellement, surtout dans la classe pauvre ». Cette œuvre remédiait à un mauvais allaitement artificiel par un allaitement artificiel bien compris, c'est « faute de mieux » que cette œuvre a été entreprise et on ne cesse de répéter aux intéressées « qu'une mère de famille ne doit jamais pouvoir se reprocher de ne pas avoir tout fait pour allaiter son enfant ». Le Dr Dufour, au moment où il créa la Goutte de lait, ignorait la tentative de Budin. On voit qu'au fond leur œuvre vise au même but et procède d'un programme identique comprenant ces trois articles essentiels : encourager l'allaitement maternel, conseiller les mères, distribuer du lait de bonne qualité et stérilisé, lorsque l'allaitement au sein est impossible ou insuffisant.

Depuis 1894, les consultations de nourrissons ont pris une extension considérable : il y en a partout, même dans les campagnes. C'est là un fait significatif de leur utilité et de leur valeur. C'est la nécessité absolue d'encourager l'allaitement maternel par tous les moyens possibles qui a présidé à l'éclosion des consultations de nourrissons : aussi sont-elles avant tout des centres d'élevage au sein. Le nombre de femmes qui nourrissent est considérable et va en augmentant chaque jour. Il a pu atteindre 90 °/₀ (Charles de Liège), 92,2 °/₀ (Cassonte de Marseille), 93 °/₀ (Boissard), 95 °/₀ (Budin, Maygrier). Cette progression n'est obtenue que grâce aux longs et patients efforts de ceux qui font les consultations. Si l'allaitement au sein y règne en maître, c'est que les médecins qui les dirigent le veulent ainsi, et mettent tout en œuvre pour arriver à ce but : « Faire nourrir les mères dans la proportion la plus étendue possible. » (Charles.) C'est à force de persévérance qu'ils arrivent à persuader aux femmes qui donnent le biberon que le sein est bien supérieur, et qu'ils font de celles-ci pour les grossesses futures des adeptes de l'allaitement maternel. Nous ne pourrions fournir une meilleure preuve de ce que nous avançons qu'en reproduisant ces lignes du Dr Bresset : « 8 mères dont les nourrissons élevés au biberon et atrophiques ont été nourris avec le lait stérilisé et surveillés jusqu'à l'âge de 2 ans au dispensaire, ont eu dans la suite un autre enfant. 6 ont nourri ce dernier enfant au sein, 1 à l'allaitement mixte, 1 au biberon. Les consultations de nourrissons ne se bornent pas à développer la pratique de l'allaitement au

sein ; elles dirigent les mères dans cet allaitement, qui, abandonné à l'inexpérience, ne laisse pas d'exposer les enfants à de gros risques. Il ne suffit pas d'élever un enfant au sein pour qu'il se porte bien: l'allaitement au sein a besoin d'être surveillé d'une façon attentive. Une excellente preuve de ce fait est fournie par le département du Pas-de-Calais. Bien que l'allaitement au sein y soit pratiqué dans une proportion de 90 °/₀, la mortalité infantile est très élevée: cette mortalité est la conséquence de l'inexpérience des mères qui donnent le sein inconsidérément, selon leur caprice ou celui de leurs enfants.

Les consultations de nourrissons imposent une discipline appropriée à l'état physique des enfants. C'est seulement grâce aux consultations que le sein arrive à conférer une immunité à peu près parfaite et prend toute sa valeur. Les résultats heureux des consultations de nourrissons ne se sont pas fait attendre. Dans les consultations que Budin a successivement dirigées depuis 1892, à la Charité, à la Maternité, à la clinique Tarnier, la mortalité par diarrhée, celle qui est de beaucoup la plus importante à considérer, a toujours été nulle, alors qu'en ville elle était de 6,9 °/₀. M. Maygrier a eu en six ans une mortalité globale de 4,04 °/₀ et pas un seul décès par gastro-entérite. M. Boissard, à Tenon et à Saint-Louis, M. Bonnaire à Lariboisière, M. Porak à la Maternité, M. Bresset et Carel dans le VII[e] arrondissement, M. Ancelet dans le XIV[e], M. Raimondi à Montmartre, obtiennent tous des résultats à peu près semblables. Partout où fonctionnent les consultations de

nourrissons, la mortalité infantile a diminué, ainsi qu'en témoigne l'ouvrage du Dr Ausset, de Lille : *Le bilan des consultations de nourrissons et des gouttes de lait.*

La consultation de nourrissons apparaît donc bien comme la continuation de l'assistance obstétricale : en favorisant l'allaitement maternel et en le dirigeant, elle est une œuvre offrant toutes garanties pour élever convenablement un nouveau-né pendant les premiers mois de son existence.

CONCLUSIONS

I. — L'allaitement de son enfant nouveau-né est pour toute mère une obligation morale : cet allaitement est compris dans les devoirs de la maternité qu'il rend complète et réelle. Quelques raisons empêchent parfois la mère de remplir ce devoir : en premier lieu la nécessité pour certaines mères de gagner leur vie et celle de leur enfant; en deuxième lieu, certaines causes pathologiques.

II. — Dans l'état social actuel, nombre de femmes, domestiques, ouvrières d'ateliers ou d'usines, ne peuvent allaiter leurs enfants : si elles remplissaient ce devoir, elles perdraient la plupart du temps la place qui les fait vivre. La bienfaisance privée sous toutes ses formes a essayé de remédier à cet état de choses : elle y a réussi, mais ce qu'elle a pu faire n'est pas suffisant. Il faudrait que le Parlement s'intéresse à la question, en votant une loi rendant l'allaitement maternel obligatoire, sauf raisons de santé médicalement constatées.

des ressources spéciales seraient créées pour faciliter l'application de cette loi.

III. — La question sociale réglée, l'allaitement maternel pourrait donner alors tous les excellents résultats que l'on peut attendre de lui. En effet, les états pathologiques qui peuvent mettre un obstacle à l'allaitement maternel sont relativement rares. Au point de vue de la quantité de lait sécrété, l'agalactie absolue n'existe pas, une agalactie relative est rare. Les malformations du mamelon mettant un obstacle à l'allaitement maternel sont bien peu fréquentes, puisque sur 457 femmes, nous n'en avons pas rencontré une seule. La tuberculose, les cardiopathies, l'albuminurie sont très souvent compatibles avec l'allaitement maternel : la syphilis est une indication formelle de cet allaitement. Seules, les maladies aigües en pleine évolution peuvent être un obstacle temporaire à l'allaitement maternel.

IV. — Contrairement aux assertions de Pajot et de Bunge, les femmes sont parfaitement aptes à faire de bonnes nourrices. Sur 424 femmes que nous avons examinées, 165 primipares et 259 multipares, voici les résultats que nous avons obtenus. Au dixième jour après leur naissance, sur les 424 enfants de ces femmes, 334 avaient repris leur poids de naissance (44) ou l'avaient dépassé (290) : 90 enfants seulement n'avaient pas repris leur poids de naissance. Sur les 334 enfants ayant regagné ou dépassé leur poids de naissance, 318 avaient été nourris exclusivement par leurs mères, 16 avaient été soumis à l'allaitement mixte. Enfin, remarque qui a son importance, la moyenne des gains fut de

130 grammes, tandis que celle des pertes ne fut que de 65 grammes seulement. Il faut donc conclure de ces chiffres que la très grande majorité des femmes que nous avons observées étaient de bonnes nourrices.

V. — Les femmes qui, reconnues bonnes nourrices, quittent l'hôpital au dixième jour avec leur enfant, seront-elles capables, livrées à elles-mêmes, d'allaiter leurs enfants au mieux des intérêts de ceux-ci ? Évidemment non. MM. Boissard et Devé en particulier l'ont prouvé en étudiant cette question. La mère a besoin, durant les deux premières années de la vie de son enfant, d'être médicalement surveillée : cette surveillance est le rôle de la consultation de nourrissons. Celle-ci, loin d'empêcher l'allaitement maternel, comme on le lui a reproché, le favorise : nous n'en voulons comme preuve que les chiffres fournis par les médecins qui dirigent ces consultations : le nombre des femmes qui allaitent leurs enfants oscille entre 90 et 95 °/₀. Les heureux résultats des consultations de nourrissons montrent que l'allaitement maternel, c'est bien l'allaitement maternel, sous la surveillance de la consultation des nourrissons, c'est parfait.

Vu : le Président de la thèse
PAUL BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Notre intention n'est pas d'indiquer ici la bibliographie complète de la question, mais simplement de mentionner les ouvrages ou articles que nous avons consultés avec fruit pour la rédaction de ce travail.

Ancelet. — De l'assistance aux mères et aux nourrissons. *Rev. phil.*, 1904.

Ausset. — Le bilan des consultations de nourrissons et gouttes de lait, 1909.

Auvard. — Le nouveau-né, 1909.

Baffet. — La dépopulation envisagée au point de vue obstétrical. *Th. Paris*, 1903.

Binet. — L'allaitement maternel considéré spécialement au point de vue de ses difficultés sociales.

Baissard et Barbezieux. — Mères et nourrissons. Paris, 1892.

Bresset. — Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel. *Annales de gynécologie*. Juin 1902.

Budin. — Manuel pratique d'allaitement et d'hygiène des nourrissons. Paris, 1905:

— De la puériculture après la naissance.

— Des moyens de combattre la mortalité infantile. *Revue phil.*, 10 janvier 1902.

— Les consultations de nourrissons. *L'Obstétrique*, mai 1902.

Budin. — Les consultations de nourrissons. *Revue d'hyg. et de médecine infantile*, 1905, nos 2 et 3.

— Rapport sur les règles à suivre dans l'alimentation du premier âge. *Congrès d'hygiène de Bruxelles*, 1903.

— De l'allaitement au sein par les ouvriers d'usines, de fabriques, de manufactures. *Bull. Ac. méd.*, 22 mai 1904.

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'allaitement et d'accouchement.

Champion. — Puériculture du premier âge. *Th. Paris*, 1904.

Cassoute. — Œuvre des nourrissons de Marseille. Fonctionnement et résultats. Marseille, 1909.

Contant. — Autour du berceau. Paris, 1896.

Devé (Ch.). — La consultation de nourrissons à l'hôpital Tenon. *Bull. de la Société d'obst. de Paris*, 19 février 1903.

Devraigne. — Les consultations de nourrissons. *Pr. médic.*, 25 oct. 1905.

J.-A. Duché. — La protection du premier âge. *Th. Paris*, 1908.

Dufour. — Comment on fond une goutte de lait. Fécamp, 1902.

Flour. — Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel.

Marfan. — Traité de l'allaitement.

Mesnil. — Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein. *Th. Paris*, 1903.

Petit. — Le droit de l'enfant à sa mère. *Th. Paris*, 1905.

Pinard. — Puériculture. *Rev. d'hyg. et de pol. sanit.*, 20 décembre 1895.

— La puériculture du premier âge. Paris, 1904.

— Note sur la faible mortalité infantile au Creusot. *Annales d'obstét. et de gynéc.*, 1905.

Schwab. — Les crèches d'usine. *Presse méd.*, 15 nov. 1905.

Variot. — Conférence sur l'allaitement maternel. *Rev. phil.*, 10 décembre 1902.

Imprim. des Facultés A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris